Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität zu Kiel.

Ein Fall von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit nach Pneumonie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Richard Torell

aus Dortmund.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität zu Kiel.

Ein Fall von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit nach Pneumonie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Richard Torell

aus Dortmund.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

No. 35.

Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Dr. **Siemerling**,

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling**,
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einfallvonaakute0000rich

Bereits von den Ärzten des Altertums sind Beobachtungen überliefert, nach welchen auf der Basis körperlicher Erkrankungen Störungen der Psyche eintraten. — So finden sich bei Hippokrates Hinweise auf Delirien im Gefolge erhöhter Temperatur.

Weitere Beobachtungen treten wieder im 16. und 18. Jahrhundert gelegentlich von Influenzaepidemien auf, so von Löw im Jahre 1729, Calleus 1742 und Stark 1782.

Aber erst seitdem gegen Ende des 18. Jahrhunderts durch Pinel und Esquirol große Umwälzungen in der Erkenntnis und Auffassung der Geisteskrankheiten vor sich gingen, datieren die ersten ätiologischen Angaben darüber, daß nicht nur Fieberdelirien, sondern auch Geistesstörungen selbständigen, generellen Charakters somatischer Erkrankung ihre Entstehung verdanken können.

Die zuerst von Esquirol unter dem Kollektivbegriff 'démence' mitgeteilten Fälle von akuter, halluzinatorischer Verwirrtheit nach akuten Infektionskrankheiten sind lange Zeit ohne Würdigung geblieben. Auch waren die Ansichten über Ätiologie und Symptomatologie der im Gefolge von Infekten auftretenden Seelenstörungen noch lange divergent. Erst allmählich haben sich die Anschauungen über Ätiologie und Pathogenese der Geisteskrankheiten geklärt, insofern, als man erkannte, daß die psychischen Erkrankungen nicht stets als eine sekundäre Erscheinungsform im Bilde anderer Psychosen aufzufassen sind, sondern daß sie in kausalem

Zusammenhang stehen können mit Veränderungen materiellen Substrates im Körper, und hier sind neben exogenen Intoxikationen wie Metall- und Alkaloidvergiftungen noch die durch den Lebensprozeß der Mikroorganismen bedingten Intoxikationen als ursächliches Moment für die Entwickelung von Psychosen zu nennen.

Die begriffliche Fassung der akuten, halluzinatorischen Verwirrtheit war lange Zeit wenig scharf umgrenzt und erfuhr manche Wandlungen bis zu ihrer heutigen Deutung. So stellte Heinrott im Jahre 1818 die Verwirrtheit als Unfreiheit des Geistes und Verworrenheit als sekundär aus anderen Psychosen entstanden dar. Ideler im Jahre 1838 macht graduelle Unterschiede zwischen Verwirrtheit und Blödsinn und läßt sie gleichfalls aus primären Geistesstörungen entstehen; daneben hält er auch ihre Entstehung aus »verwüstenden Ausschweifungen«, also erschöpfenden Momenten, für möglich. Griesinger spricht von Verwirrtheit, deren Ursache in einer allgemeinen Schwäche beruhe und verbreitet sich in eingehender Weise auch über Fälle von Verwirrtheit, die aus Pneumonie entstanden sind. Er schreibt: »Von großem Interesse sind Fälle von Irrsinn — meist akute Manie —, welche im Verlaufe von Pneumonie, seltener im Anfange und auf der Höhe, häufiger in der Zeit des Fieberabfalles oder selbst erst gegen die Rekonvaleszenz hin ausbrechen und in keiner Weise mit den gewöhnlichen Delirien, das die schweren Fälle oft begleitet, zu verwechseln sind. Nicht selten sind es gerade leichte und wenig umfängliche Pneumonien, denen die Geistesstörung folgt, die meistens von kurzer Dauer sind, aber auch chronisch werden können.«

Die Mitte des 19. Jahrhunderts von Baillarger dahin modifizierte und vertretene Ansicht, daß Psychosen bei diesen körperlichen Erkrankungen nur Komplikationen wären, fand nie allgemeine Anerkennung und wurde im Jahre 1857 durch die ausführlichen Arbeiten Schlagers über Geistesstörungen und Ileotyphus widerlegt. In der Folgezeit erschienen weitere Abhandlungen, welche den innigen Konnex zwischen selbständigen Psychosen und akuten Infektionskrankheiten in

umfassender Weise zur Darstellung brachten; hiervon seien erwähnt die Veröffentlichungen von H. Weber 1865 über Kollapsdelirien im Anschluß an akute Infektionen, 1874 Simons Monographien über einzelne im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftretende Seelenstörungen, Winter 1879 bei Abdominaltyphus und 1881 die fast gleichzeitig erschienenen, in erschöpfender Weise behandelten Arbeiten von Kraepelin und F. C. Müller. Auch in Frankreich wurden durch Séglas im Jahre 1892 in seinem Aufsatz über Verwirrtheit, confusion mentale, die Verwirrtheitszustände nach akuten Infektionskrankheiten wieder als eigene Krankheitsform aufgestellt. —

Somit ist erst seit den letzten Dezennien, seit den genannten Arbeiten und denen von Th. Meynert und Fürstner 1876, welcher die halluzinatorische Verwirrtheit von der akuten Manie und der akuten, primären Verrücktheit unterscheidet, ferner seit Schaefer 1880, der schon eine Charakteristik der Verwirrtheit giebt, die in allen Punkten mit unseren heutigen Anschauungen über dieses Krankheitsbild in Einklang steht und nach diesen Fritsch und die Wiener Schule, vertreten durch Konrad, 1885, der Sonderungsprozeß der Amentia gegenüber den Psychosen ähnlicher Symptomatologie oder gegenüber den in diesen sich abspielenden transitorischen Zuständen von akuter Verworrenheit so weit gediehen, daß nunmehr Einigkeit hinsichtlich des Begriffes und des klinischen Charakters der akuten, halluzinatorischen Verwirrtheit herrscht:

Die akute, halluzinatorische Verwirrtheit ist dadurch charakterisiert, daß nach vorausgehender körperlicher oder affektiver Schädigung akut eine traumhafte Bewußtseinstrübung einsetzt mit einer den ganzen Ablauf der Seelenstörung durchdauernden Verwirrtheit, mit zahlreichen meist inkohärenten Trugwahrnehmungen und motorischen Erscheinungen, die sich in Form eines gesteigerten Bewegungsdranges und stuporöser Hemmung offenbaren. Der Ablauf ist meist kurz, und die Prognose günstig. —

Gelegentlich jeder Infektionskrankheit ist die Möglichkeit des Auftretens einer Geistesstörung gegeben, jedoch präva-

lieren nach vielen Beobachtungen in absteigender Klimax Typhus abdominalis, Cholera, Arthritis rheum. ac., Intermittens und Influenza. Nicht so häufig finden sich in der Literatur, abgesehen von einfachen Fieberdelirien, Fälle von Psychosen nach Lungenentzündung.

Griesinger sah unter 72 Fällen von Pneumonie zwei Mal psychische Störungen auftreten, Scholz fand unter 129 Erkrankungen an croupöser Pneumonie 5 Fälle von Psychosen.

Der Grad der Temperaturerhöhung und Intensität der Psychose stehen nicht in Korrelation, wohl scheinen aber die klinischen Beobachtungen dafür zu sprechen, daß, wie auch von Griesinger hervorgehoben, die Art der bei den fieberhaften Krankheiten auftretenden psychischen Störungen meist maniakalischen oder paranoischen Charakters ist; seltener sind depressive Seelenstörungen, welche nach zahlreichen Feststellungen bei den infektiösen Darmkrankheiten besonders beim Typhus, wie auch F. C. Müller betont, vorherrschen, während die Gruppe der affektiven Geistesstörungen mehr bei den fieberhaften Erkrankungen des Respirationstraktus zur Beobachtung gelangen. Beachtenswerte Erklärungsversuche für diese interessante Tatsache — sind wir doch erst dazu gelangt, die gröbsten psycho-physischen Prozesse auch nur zu ahnen — finden sich bei F. C. Müller.

Über die Art, wie im Allgemeinen die fieberhaften Erkrankungen und Erschöpfungszustände zu psychischen Störungen disponieren, wissen wir zur Zeit noch nichts Positives. Soviel läßt sich jedenfalls sagen, daß ihnen krankmachende Veränderungen in den Ernährungsverhältnissen der nervösen Elemente des Zentralorganes zu Grunde liegen müssen. Unter den Erklärungsversuchen spielen die »giftigen Bestandteile im Kreislauf« noch eine führende Rolle. Wie und wodurch sie wirken, diese Frage bleibt noch ungelöst. Daneben sind auch andere Ansichten laut geworden. So sucht Weber das integrierende Moment in der durch die somatische Erkrankung geschaffenen Blutarmut, eine Annahme, welche für die Kollapsdelirien mit ihrer Anämie des Hirnes ganz brauchbar erscheint. Nach Ziehen ist die

bei der Deferveszenz auftretende akute Herzschwäche von Bedeutung, und er betont hier bei Kollaps- und Deferveszenzdelirien die Prädisposition, eine ganz plausible Überlegung, da gesunde, kräftige Naturen den Einflüssen eines schädigenden Agens besser gewachsen sein werden, als erschöpfte oder erblich belastete Individuen.

Die Versuche, eine durch bestimmte Infekte bedingte und nur für diese typische »Infektionspsychose« aufzustellen, haben zu keinem Resultat geführt, denn im Verlaufe jeder Infektionskrankheit kann jede Psychose auftreten.

Die spezielle akute fieberhafte Erkrankung giebt nicht die Form der Psychose, sondern das Stadium derselben, aus dem sie ihre Entstehung genommen, scheint von Bedeutung zu sein, insofern als die im Deferveszenzstadium einsetzenden Störungen wohl meist mit dem Fieberabfall abklingen und verschwinden oder sich auch in das Nachstadium hinüber ausdehnen und dann zu einer abgeschlossenen Psychose sich entwickeln können. Und die in der Rekonvaleszenz, im Nachstadium sich einstellenden Seelenstörungen sind wohl als ausgeprägter, in ihrem Symptomenbild für eine bestimmte Psychose pathognomonischer zu bezeichnen. Das gilt insbesondere von der Pneumonie. Hinzu kommt noch, daß bei ihr besonders die im Nachstadium entstehenden Störungen beständiger sind und protrahierter in die Erscheinung treten als nach anderen Infekten; bekannt ist ja der oft zitierte Fall von Snell, welcher nach neunjähriger Dauer erst zur Genesung kam. Erwähnt sei noch, daß, wie auch von Kraepelin betont wird, die Spitzenpneumonien erheblicher zu Geistesstörungen inklinieren. So fanden Terrile und Giordano unter 45 Fällen von Delirien 19 mal Spitzenpneumonien. — Auch ist zu bemerken, daß die mehr akut einsetzenden Fieberkrankheiten — wie besonders die Pneumonie — mit ihrer nachhaltigen Einwirkung auf den Gesamtorganismus und der steile Temperaturabfall am häufigsten Geistesstörungen aus der manischen Gruppe nach sich ziehen. Die Erfahrungen sprechen dafür.

Darstellungen von akuter, halluzinatorischer Verwirrtheit als Psychose sui generis nach Infektionskrankheiten, vor

allem nach Pneumonie finden sich spärlich. Es mag das teils darin begründet sein, daß der Amentia ein langwieriger Entwickelungsgang in der psychiatrischen Klassifikation beschieden gewesen ist, und diese Fälle jedenfalls lange Zeit anderen Störungen, den einfachen Delirien, der akuten Verrücktheit und der Manie untergeordnet wurden, zumal sich ja das akute Irresein von den Delirien im Verlaufe der akuten Infektionskrankheiten schwer abscheiden läßt.

Wille veröffentlicht in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Band 23, im Jahre 1866 sieben ausführlich dargestellte Fälle von Geistesstörungen nach Pneumonie, von denen zwei im Lösungsstadium derselben als Manie und einer als Melancholie auftraten, in der Rekonvaleszenz einer als Melancholie, im Verlaufe der Pneumonie drei weitere in Form der Manie.

Nach dieser Aufstellung zeigt sich, daß die Beobachtungen von Psychosen nach Pneumonie sich wesentlich auf Fälle anderer Geistesstörungen beziehen als auf Amentia. Das stimmt auch, wie oben bemerkt, damit überein, daß in der Literatur nur wenige Fälle von Amentia nach Pneumonie sich finden.

In der neueren Literatur begegnen uns drei Fälle von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit nach Pneumonie und zwar zwei von Siemerling in der Deutschen Klinik, Jahrgang 1903, und einer von Scheel in der medizinischen Klinik, 1907.

Die große Seltenheit der akuten, halluzinatorischen Verwirrtheit nach Pneumonie dürfte wohl die Veröffentlichung eines neuen Falles dieser Art rechtfertigen. Vorerst jedoch sei mir gestattet, kurz die bislang beobachteten Krankheitsfälle in ihrem Auszug anzuführen:

In dem Fall von Scheel, den ich vorausschicke, handelt es sich um einen 62jährigen Schmied E. H., welcher aus gesunder Familie stammt und ohne hereditäre Belastung ist. Er ist nüchtern und solide. Der Patient erkrankte am 14. April 1907 an Pneumonie. Einige Tage nach Ablauf des Fiebers traten plötzlich heftige Delirien auf. Patient redete unausgesetzt wirre Dinge, verließ das Bett und ging unter

lebhafter motorischer Erregung hin und her. Bei der Aufnahme in das Spital dauerte dieser Zustand zunächst fort; Patient spricht sinnlose Wortkombinationen mit lebhaftem Gebärdenspiel. Die Stimmung ist heiter, zeitweise leicht gereizt und wieder melancholisch. Er beruhigt sich nur sehr langsam. Auf Applikation eines warmen Bades und 0,5 gr. Veronal tritt abends für eine kurze Spanne Zeit Ruhe ein, worauf wieder die gleichen Verwirrungszustände auftreten. Der folgende Tag zeigt den Patienten ruhiger, er spricht nur noch viel mit sich selbst, wirr und unverständlich. Am dritten Tage ist er völlig beruhigt und gleichmäßig im Verhalten. Die Erinnerung ist oberflächlich und lückenhaft. Entlassung nach zwei Wochen.

Charakteristischer noch und Monate anhaltend ist der mit heftiger Verwirrtheit einhergehende im Deferveszenzstadium der Pneumonie aufgetretene Fall von Siemerling:

E. D., 29 Jahre alt, Schneidersfrau. Aufnahme am 5. V. 1898, Entlassung am 15. X. 1898. Früher gesund. Zwei normale Entbindungen. Am 23. April erkrankte Patientin an krupöser Pneumonie des linken Unterlappens. Hohes Fieber. In der Nacht vom 28. zum 29. plötzlich aufgeregt, schrie, sie müsse sterben, rief laut, der ganze Ort brenne, auch die Welt brenne, sie schmecke es ja, verlangte aus dem Bett, da es brenne. Sprach vom Teufel, sie höre läuten, es blitze.

29. IV. morgens Temperatur 37,9; Dämpfung l. h. u., Bronchialatmen, Rasseln. In den nächsten Tagen nahm die Erregung zu, kannte ihre Umgebung nicht mehr, sprach sehr viel, weinte oft. Sehr unruhig, fortwährend Bewegungen mit Armen und Beinen. Nahrungsaufnahme gering.

Wird in Zwangsjacke gebracht, marschiert im Takt, schlägt mit den Beinen auf die Erde; auf die Frage nach dem Namen schüttelt sie mit dem Kopf, schreit: »die da«. Auf die Frage nach der Heimat antwortet sie durch einzelne Schreie wie »Nordis, Fu, Hu, Qua«. — Der Status der Lungen noch wenig geändert. Sonstiger Allgemeinbefund ohne Besonderheiten. Wegen anhaltender Nahrungsverweigerung Sondenfütterung. —

7. V. flüstert viel vor sich hin, macht eigentümliche Bewegungen mit den Händen und Fingern.

12. V. Sei in der Hölle. Sehr laut, schlägt um sich. Nicht fixieren. Inhalt der lauten und leisen Reden unzusammenhängend.

17. V. Hat nachts gut geschlafen. Morgens im Ganzen ruhig. Spricht nur alliterierend: »Wieder meine kleine, reine Rina« und ähnlich.

18. V. Ist dauernd unorientiert über Ort und Zeit.

22. V. Nachmittags im Garten viel gesungen, abends unruhig, spricht fortwährend wirr. Singt und schreit. Schlaf darnach ruhig. Morgens wieder sehr laut, spricht fortwährend meist unverständliche, neugebildete Worte und Silben. Sehr heiter. Reißt an Hemd und Jacke. Dann außerordentlich erregt, redet fortwährend, daß ihr Schaum vor den Mund tritt.

26. V. Etwas ruhiger, spricht aber noch den ganzen Tag, ohne daß ein Sinn der Reden verständlich wird.

1. VI. Sehr verwirrt; redet in einem fort. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie nicht.

7 .VI. Erkennt ihre Schwester, die als Patientin in die Klinik kommt.

9. VI. Hat Mann und Kind erkannt. Bald darauf wieder verwirrt. Immer unrein mit Stuhl und Urin.

17. VI. Im Ganzen ruhiger, spricht aber ziemlich viel, meist dieselben Worte wiederholend.

22. VI. Fortwährend in großer motorischer Unruhe, macht eigentümliche Bewegungen mit Händen und Fingern. Antworten noch ohne Sinn. Stetige Heiterkeit.

23. VI. Erkennt ihren Bruder.

29. VI. Dauernd heitere, gehobene Stimmung, Ideenflucht und motorische Unruhe. Spricht noch unzusammenhängend.

2. VII. Dauernd heiter, nur selten weint sie ohne ersichtlichen Grund. Spricht fortwährend und zwar meist von Haus und Familie. An das, was um sie hergeht, knüpft sie kaum an, spricht höchstens Worte, die sie hört. Auf Anruf ihres Namens reagiert sie.

4. VII. Bekommt Besuch von ihrem Mann. Nachdem sie ihn erst wenig beachtet und viel gesprochen hat, erkennt sie ihn und spricht in zusammenhängender Weise von ihrer Heimat und sagt, auf einmal sei ihr alles klar geworden. Sie sieht die Richtigkeit eines längeren Aufenthaltes ein.

5. VII. Beim Abschied des Mannes macht sie völlig klaren Eindruck. Beim Abendessen beginnt sie wieder, verwirrt zu reden, sie sei eine Fürstin, habe soviel erduldet. Scheint den Arzt nicht zu kennen. Gegen Morgen sehr unruhig. Spricht sehr viel durcheinander: »Ich kann nicht beten, ich muß ein eignes Büchlein haben.« Ist aber nicht mehr heiterer, sondern eher deprimierter Stimmung. Nachmittags wieder heiter. Große motorische Unruhe. Klatscht in die Hände, spricht viel und schnell, meist unverständlich.

6. VII. Erkennt einen Bekannten auf Besuch nicht.

8. VII. Enorme motorische Unruhe; spricht fortwährend unter eigentümlichen Bewegungen.

18. VII. Hat Mann und Kinder nicht erkannt.

30. VII. Immer völlig verwirrt und oft sehr aufgeregt.

25. VIII. Dauernd unverändert.

5. IX. Hat Besuch von ihrem Mann, erkennt ihn zwar, spricht aber ganz verwirrt.

29. IX. Dauernd völlig verwirrt; in Ort und Zeit unorientiert.

15. X. Noch immer sehr verwirrt, doch gibt sie oft Zeichen davon, daß sie einzelne Personen ihrer Umgebung kennt. Erkennt ihren Mann. Vom Mann mitgenommen und ungeheilt entlassen. Nach der Entlassung war sie noch ganz verwirrt, kannte ihren Mann, schalt ihn aber sehr. Anfang Dezember 1898 lief sie einmal fort. Ganz allmählich wurde sie ruhiger. Anfangs hatte sie lange, verwirrte Gespräche geführt. Seit Weihnachten merkt der Mann keinen Unterschied zwischen jetzt und der gesunden Zeit. Von den ersten Wochen in der Klinik weiß Patientin nichts, auch nicht, wer sie hergebracht hat. Daß sie gefüttert sei und so große Angst vor dem Schlauch gehabt habe, wisse sie. Weshalb sie nicht gegessen habe, wisse sie nicht. Vom

4. Juli ab — wo sie mit ihrem Manne ganz klar sprach — wisse sie alles genau, was sie mit dem Manne gesprochen habe. Aus der nächsten Zeit wisse sie nichts. —

Den Anfang der Erkrankung weiß Pat. genau, dann aber habe sie nichts mehr recht gewußt. Das Ganze sei ihr wie ein Traum. Sie macht jetzt einen durchaus gesunden Eindruck.

Eine Erkundigung Ende 1900 ergibt, daß sie vollkommen gesund ist.

Der zweite Fall Siemerlings von akuter Verwirrtheit im Verlaufe der Pneumonie, der in 4—5 Wochen zur Heilung kam, verlief folgendermaßen:

F. Sch., 59 Jahre. Weingärtner. Aufgenommen 1. X. 1900, geheilt 30. X. 1900. Keine Heredität. Am 9. Sept. klagt Pat. über Müdigkeit, Kurzatmigkeit. Am 13. Sept. Fieber 39,2, unregelmäßige Herzaktion. Unruhig, sprach viel. Zuweilen Angst. Sinnestäuschungen. Bei der Aufnahme Dämpfung r. h. Rasselgeräusche. Temp. 38,2, sehr verwirrt, spricht abgerissen. Verkennt. Steter Wechsel im Verhalten: ruhig, wie benommen, dann aufgeregt, wirft sich hin und her, schreit. Seit 10. Oktober ruhiger, fieberfrei. Er habe »Träume« gehabt. Krankheitseinsicht, geheilt.

Im Anschluß an diese drei Beobachtungen teile ich einen mir von Herrn Geheimrat Siemerling zur Veröffentlichung freundlichst überlassenen Fall aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel als weiteren Beitrag zu dieser nach Pneumonie so selten beobachteten Geisteskrankheit mit.

Krankengeschichte.

Anamnese: Die anamnestischen Angaben, die von der Frau und dem Schwager des Patienten erhoben wurden, sind im Wesentlichen folgende: Der Monteur, F. K., 32 Jahre alt, ist nie ernstlich erkrankt gewesen; von Geisteskrankheiten und Angaben, die auf hereditäre Belastung hindeuten, nichts. In dem psychischen Verhalten ist nichts Absonderliches bemerkt worden. Patient hat seinen Beruf stets gut ausgefüllt, war stets nüchtern und als solider, arbeitsamer

Mensch bekannt, der in steter Sorge um seine Familienangehörigen erfüllt gewesen ist. Seit sechs Jahren ist er verheiratet und hat 5 gesunde Kinder. Keine Aborte der Frau. Diente 1898—1900. Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 11. August 1909. Bis drei Wochen vor der Aufnahme fühlte Patient sich völlig gesund, bekam dann plötzlich Lungenentzündung und im Anschluß daran unter Schlaflosigkeit, schlechtem Appetit, unerträgliche Kopfschmerzen. Nach dem 9. Tag war er völlig ohne Besinnung. Dieser Zustand dauerte 3—4 Tage. Die Pneumonie war vorüber. Patient lag darnach meist ruhig und mußte gefüttert werden. In den letzten Tagen unruhiger, verließ das Bett. Keine Erregungszustände; phantasiert viel von Schießen; »die Mühle brennt, sich doch, wie hell!« — Er sprach oft vom Sterben, »er sei schon tot.« Nicht ängstlich gewesen.

Aufnahme am 11. August 1909. Gebessert entlassen am 2. Oktober 09. Bei der Einlieferung in die Klinik, die auf ärztliches Attest erfolgt, begibt sich Patient ruhig nach dem Isolierhaus. Bei der Untersuchung steht er plötzlich auf und »will sehen, weil dort jemand schreit.«

(Was gerufen?) — — — »weiß garnicht!« — — »Fritz« — — »Herr Graf, wenn Sie meinen Vater noch mal lassen braten.«

(Wer?) — — »Diese Maurer am Dach.«

(Gesehen?) »Ja, die sind dagewesen, habe ich gesehen.«

Status: Kräftiger, leidlich ernährter Mann mit müdem abgespanntem Gesichtsausdruck. Temperatur 37,2, Gewicht 77 kg., Größe 1,81, Schädelmaße 14,5 : 18 : 55. Bei Druck und Perkussion auf den Schädel nach Schmerzen befragt, äußert er, »die haben mich mit Ziegelsteinen geschmissen.« Die Pupillen sind mittelweit, die Lichtreaktion ist träge, unausgiebig. Die Lichtuntersuchung schwierig; er sagt, »wollen mir was tun.« Die Konvergenzreaktion ist nicht gut prüfbar, da er schlecht konvergiert. Kein Nystagmus, aber lebhafte Unruhe der Bulbi. Der Fazialis ist intakt. Die Sprache ist langsam, zögernd. Paradigmata werden schlecht behalten. Die Zunge zittert stark, ist belegt und weicht

eine Spur nach rechts ab. Die Racheninspektion wird nicht zugelassen, »Sie wollen mir da bloß was tun«. Steht auf und stellt sich ans Fenster. Die Reflexe sind nicht gesteigert. An beiden Beinen starke Ödeme, besonders am Malleolus. — Der Puls ist mittelkräftig, nicht ganz regelmäßig, an Frequenz 116. Patient ist schwer zu fixieren. Seine Aufmerksamkeit scheint durch dauernde Halluzinationen abgelenkt; er ist ängstlich, fürchtet die Untersuchung, spricht öfters von Leuten, deren Stimme er hört, die er vor dem Fenster am Dache sehe.

(Wo sind Sie hier?) — — »in Bordesholm«.

(In welchem Haus?) — — »weiß ich nicht.«

(Was machen Sie hier?) — — »weiß ich nicht.«

(Gesund?) — — »mein ich doch.«

(Veränderungen vorgegangen in letzter Zeit?) »Ja.«

(Wieso?) — — —

(Hören Sie sprechen?) »Ja«.

(Wer spricht denn?) »Die Fliegen«.

(Was sagen sie denn?) »Halt mal die Zähne zusammen«. Es sei ihm ins Ohr geschossen, wann, wisse er nicht.

(Wer?) »Chinesen«.

(Gesehen?) »Nein«.

(Warum haben sie das getan?) »Weil die Mühle abbrennen soll«.

(Welche Mühle?) »Hoffmühle«.

(Wem gehört sie?) »weiß ich nicht«.

(Welcher Tag heute?) »weiß ich nicht«.

(Welcher Monat?) »Mai«.

(Welches Jahr?) »Dezember«.

(Heute auf der Bahn?) »Ja«.

(Mit wem?) — — —

Patient gibt fast keine Antwort mehr, sieht dauernd gespannt zum Fenster hinaus.

(Wie alt?) — — —

Aufgefordert, ins Bett zu gehen, geht er ans Fenster.

(Was haben Sie gesehen?) — — »auf'n Dach«.

12. VIII. Patient ist ziemlich ruhig, spricht aber wirr durcheinander; hat leidlich geschlafen, ist unorientiert über

Ort und Zeit. Ißt ganz gut. Macht traumhaften Eindruck. Im Urin etwas Eiweiß.

13. VIII. Wird in ein anderes Bett verlegt, läßt Urin unter sich.

14. VIII. Dauernd ament.

(Wissen Sie, daß Sie in anderem Bett?) — — weiß ich garnicht, daß ich hier totgeschlagen werden soll«.

(Welches Haus hier?) »Mühle«.

(Wieso?) »Es geht immer rund um« — —, »so geht das immerzu«.

(Wer bin ich?) »Weiß ich nicht«.

15. VIII. Noch völlig unorientiert. Er spricht nicht, hatte Besuch von Verwandten, ohne sich aber mit ihnen zu unterhalten.

(Wie geht's?) »Die Leute sagen, ich hätte den Grafen totgeschlagen, ist garnicht wahr«.

(Wo hier?) — — »Spritzenhaus«.

(Monat?) »Weiß ich ich nicht mehr«.

Nachmittags ging er aus dem Bett, ging im Saal auf und ab und sagt »das ist doch alles nicht wahr«.

16. VIII. Gestern abends sehr unruhig, sprang dauernd aus dem Bett, rannte den Korridor entlang, sträubte sich ins Bett zurückzugehen und sagte, er hätte kein Haus angesteckt und wird über das Lachen eines Kranken erregt. Zum Arzt sagt er, er könne bei dem Radau nicht schlafen, obwohl im Saale Totenstille herrschte. Wird nach dem Isolierhaus verlegt. Hat die ganze Nacht nicht geschlafen, saß stets auf die Arme gestützt in seinem Bett. Tagsüber wieder ruhig, klagt nur über Angst; wird mittags gefüttert.

17. VIII. Ängstlich, kam aus dem Bett; sagte, er hätte das Haus nicht angesteckt; will nach dem Kanal und dort schwimmen.

(Wie geht's?) »Der will alle Windmühlen anstecken.«

(Ängstlich?) »Ja«.

(Wo hier?) »Geht mir so rund um«.

Nachmittags:

(Wo hier?) Sieht sich um, starrt zum Fenster und sagt »Klinik«.

(Stadt?) — — —
(Monat?) — — —
(Jahreszahl?) — — »jetzt«.
(Jahreszeit?) — — —

18. VIII. Hat großes Angstgefühl und kommt öfters aus dem Bett, äußert, er müßte doch sterben; sonst ruhig.

29. VIII. Etwas klarer, aber noch immer ratlos; darf aufstehen; glaubt entlassen zu werden. Sagt immer wieder: »Weswegen darf ich nicht nach Hause, bin doch gesund!«

30. VIII. Zeitlich noch desorientiert. Hat garnicht geschlafen, meinte wiederholt, in seinem Bett spukte es, er möchte ein anderes haben, er wüßte garnicht, was los sei.

1. IX. Macht immer noch benommenen Eindruck. Klagt über schlechten Schlaf, liegt sonst ruhig im Bett und spricht zeitweise.

3. IX. Sehr still, spricht wenig, will entlassen werden.

6. IX. Wird immer unruhiger, ängstlicher, glaubt hingerichtet zu werden. Gibt an, er höre Schüsse; wollte lieber sterben. Nachts scheine das Licht so herein, er denke, das kommt von der Sternwarte. Es kommt ihm alles so sonderbar vor. Das Schießen sei wohl unten im Keller. Es tobe dort immer so. Er habe doch keinem Menschen etwas getan.

7. IX. Er meint, er solle angebrannt werden. Fragt, ob etwas passiert sei; glaubt, daß über ihn gesprochen wird, drängt auf seine Entlassung.

11. IX. Gedrückte Stimmung, manchmal weinerlich. Stellt öfter noch verwirrte Fragen.

14. IX. Als Grund für seine traurige Stimmung gibt er an, er glaube, daß er operiert werden solle, weswegen, wisse er nicht.

15. IX. Immer noch ängstlich. Gibt an, nachts wieder etwas gehört zu haben. Die Leute sprächen über ihn hier. Fragt, was eigentlich los sei. Ißt gut. Spricht sonst wenig.

18. IX. Örtlich orientiert. Ist in ängstlicher Stimmung und kommt aus dem Bett.

20. IX. Örtlich orientiert und weist bei Frage nach dem Datum auf den Kalender an der Wand. Sagt, es ginge ihm so weit gut, er habe aber das Gefühl, als müsse er

geschlachtet werden, wisse den Grund nicht dafür, »vielleicht komme das von dem Telephongeklingel«.

21. IX. Liegt teilnahmslos und ruhig im Bett, klagt über Kopfschmerzen, ist in gedrückter Stimmung und spricht wenig.

29. IX. Noch sehr ängstlich, hört immer noch Stimmen, die ihm sagen, er solle getötet werden.

(Ob er das wirklich glaube?) »Ja, das muß ich wohl«. Fragt, was mit ihm geschehen solle. Schläft trotz Schlafmittel noch sehr schlecht. Örtlich orientiert. Zeitlich ungenau.

1. X. In gedrückter Stimmung, klagt über innere Unruhe.

2. X. Von der Frau gegen ärztlichen Rat abgeholt und gebessert entlassen.

9. XI. Stellt sich mit der Frau in der Poliklinik vor. Angeblich ganz gesund. Hat Krankheitseinsicht. Will die Arbeit wieder aufnehmen.

Die hier mitgeteilte Krankengeschichte läßt uns bei Klarstellung der Symptome und des Zusammenhanges zu nachfolgenden Ergebnissen und Erläuterungen gelangen: Ein Mensch im mittleren Alter, welcher hereditär nicht psychisch belastet ist und bisher körperlich gesund war und in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen lebt, erkrankt unmittelbar im Anschluß an das Deferveszenzstadium der kroupösen Pneumonie an einer psychischen Störung, die sich äußert in einer nach kurzen Prodromalerscheinungen wie Schlaflosigkeit, Gefühl der Unruhe, schlechtem Appetit, melancholischen Verstimmungen, heftigen Kopfschmerzen und Somnolenz, ganz akut einsetzenden traumhaften Verwirrtheit mit unzusammenhängenden Halluzinationen. Das gesamte psychische Leben ist schwer gestört. Die Stimmung ist zunächst wie meist im Beginn dieser Erkrankung, eine ängstliche, häufigem Wechsel unterworfene. Die Assoziation der Vorstellungen ist geschädigt. Patient fürchtet die Untersuchung aus Angst, man wolle ihm etwas antun. Charakteristisch ist auch die stete Änderung in den Sinnestäuschungen, die meist unangenehmen, erschreckenden In-

haltes sind. Er hört jemand schreien, sieht Menschen draußen, man hat ihn ins Ohr geschossen. Eine Gehörstäuschung läßt ihn keinen Schlaf finden. Alle diese Wahnvorstellungen, welche durch eine krankhafte Reizung der kortikalen Zentren auf einer mangelhaften Verarbeitung von Sinneseindrücken der Außenwelt beruhen, haben nichts Dauerndes und erfahren keine feste, systematisierte Ausbildung. Diese stets wechselnden Trugwahrnehmungen und die Störung der Beziehung zur Außenwelt haben die Desorientiertheit über Ort und Zeit zur Folge. Das Bewußtsein ist fast dauernd traumhaft getrübt und nur selten von Momenten kurzer Luzidität unterbrochen, um bald wieder in eine Zerfahrenheit des Vorstellungslebens zu verfallen. Die Dissoziation des Gedankenablaufes, die auf Lockerung der gesetzmäßigen Aneinanderreihung der Vorstellungen beruht, tritt in allen Antworten und Äußerungen hervor; der Kranke hat die Fähigkeit verloren, zusammenhängend zu denken, er erscheint völlig unorientiert und sitzt oft lange ratlos und den Vorgängen seiner Umgebung fremd gegenüber da. Diese stuporösen Zustände sind meist kurzdauernd und werden oft als Ausfluß bestimmter Wahnvorstellungen von impulsivem Bewegungsdrang jäh durchbrochen. Der Kranke, eben noch in Ruhelage, springt plötzlich aus dem Bett oder gerät in einen Angstzustand. Diese scheinbar unter der Wirkung eines Affektes stehenden plötzlichen Handlungen sind wohl als eine Reaktion auf Sinnestäuschungen anzusehen, beruhen also auf Störungen im Apperzeptionsvermögen. Im späteren Verlaufe zeigt sich unbestimmtes Krankheitsbewußtsein und in der Genesung volle Krankheitseinsicht. Der Ablauf zeigt auch hier die charakteristischen Schwankungen, den raschen Wechsel zwischen Verwirrtheit und klarer Auffassung. Die Dauer der Geistesstörung erstreckte sich auch in diesem Falle wie meist bei den Psychosen nach Infektionskrankheiten und besonders denen im Nachstadium der Pneumonie auf viele Wochen und zwar vergingen bis zur völligen Genesung etwa drei Monate.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung der Krankengeschichte und die Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Adler: »Über die in Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen.« Allgemeine Zeitschschrift für Psychiatrie. Bd. 53, pag. 740.
2. Pobiedin: »Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen.« Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 59, pag. 481.
3. Wille: »Pneumonie und Psychose.« Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 23, p. 605.
4. Kelp: »Tobsucht in Folge von Pneumonie.« Archiv f. Psychiatrie. Bd. III, pag. 222.
5. Wille: »Die Lehre von der Verwirrtheit.« Archiv f. Psychiatrie. Bd. XIX, pag. 328.
6. Siemerling: »Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten.« Die deutsche Klinik, 1903 und Zeitschrift f. Psych. 1904. Bd. 61.
7. Hoche: »Akutes halluzinatorisches Irresein.« Die deutsche Klinik, 1903, pag. 197.
8. Scheel: »Psychosen im Zusammenhang mit Pneumonie.« Medizin. Klinik, 1907. Nr. 34, pag. 1011.
9. Rauschke: »Begleitdelirien.« Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 41, pag. 1312.
10. Scholz: »Akute Verworrenheit.« Deutsche medizin. Wochenschrift. Nr. 22. Jahrg. 97.

11. Binswanger-Siemerling: »Lehrbuch der Psychiatrie«. Verlag Fischer-Jena, 1907.
12. Bierschenk, F.: »Zur Frage des halluzinatorischen Wahnsinns«. Dissertation, Gießen 1904.
13. Müller, B. F. C.: »Über psychische Erkrankungen bei akuten fieberhaften Erkrankungen.« Dissertation, Straßburg 1881.
14.* Stransky: »Zur Lehre von der Amentia.« Wiener medizin. Wochenschrift. 1905. Nr. 1.
15.* Terrile e Giordano: »Il delirio nella polmonite fibrinosa.« Clin. med. Italian. 1898. Bd. 37.
16.* Irrenfreund, 1866, 5: »Akutes Irresein im stadium decrementi fieberhafter Krankheiten.«
17.* Strohmeyer: »Zur klinischen Diagnose und Prognose der Amentia.« Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. XIX.

Die mit einem * bezeichneten Arbeiten waren mir nicht zugänglich. —

Curriculum vitae.

Verfasser, Heinrich Richard Torell, katholischer Confession, wurde geboren zu Dortmund am 19. Mai 1884. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Realgymnasium zu Dortmund und absolvierte in Lippstadt i. W. Ostern 1905. Darauf studierte er Medizin in München und Würzburg, wo er am 17. Juli 1907 die ärztliche Vorprüfung »sehr gut« bestand. —

Von den klinischen Semestern verbrachte er das 6. und 8. in Berlin, das 7., 9. und 10. in Kiel, wo er am 27. Mai 1910 das ärztliche Staatsexamen »sehr gut« bestand.